

CIRUGÍA DE IVOR LEWIS EN EL ADENOCARCINOMA DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA, REPORTE DE UN CASO

IVOR LEWIS SURGERY IN THE ADENOCARCINOMA OF THE ESOPHAGOGASTRIC UNION. CASE REPORT

CIRURGIA IVOR LEWIS NO ADENOCARCINOMA DA JUNÇÃO GASTROESOFÁGICA, RELATO DO CASO

JHON PAUL CASTILLO LEÓN¹, MARÍA DEL CISNE ORDÓÑEZ IZQUIERDO²

¹ Universidad Central del Ecuador. Hospital de Especialidades Metropolitano, Quito, Ecuador

² Hospital Isidro Ayora, Loja, Ecuador

Resumen

El cáncer de esófago es el octavo tumor maligno más frecuente del mundo. En la mayoría de los pacientes el diagnóstico del tumor se realiza en estadios avanzados con elevada mortalidad. Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años que permanece asintomático, y en endoscopia digestiva de chequeo encuentran lesión ulcerada de 2 cm en unión esofagogástrica; la biopsia es positiva para malignidad (adenocarcinoma) por lo cual paciente es referido a cirugía oncológica para esofagectomía. El procedimiento realizado es Ivor Lewis (laparotomía + toracotomía derecha), y se complementa con ascenso gástrico para anastomosis esófago-gástrica, cirugía sin complicaciones. Lo silencioso y agresivo de esta patología debe tenerse en cuenta en pacientes añosos, con factores de riesgo, ya que no presenta sintomatología hasta que es demasiado tarde.

PALABRAS CLAVE: neoplasias esofágicas, adenocarcinoma, esofagectomía.

Abstract

Esophageal cancer is the eighth most frequent malignant tumor in the world. In the majority of patients diagnosis is made in advanced stages in which the mortality rate is high. We present the case of a 57-year-old male patient who remains asymptomatic, and in an endoscopy of the digestive tract an ulcerated lesion of 2 cm was found in an esophagogastric junction, the biopsy is positive for malignancy (adenocarcinoma), and the patient is referred to oncologic surgery for esophagectomy. The procedure performed is Ivor Lewis (laparotomy + right thoracotomy), complemented with a pull-up for esophageal-gastric anastomosis, surgery without complications. The silent and aggressive of this pathology must be taken into account in elderly patients, with risk factors since it does not present symptomatology until it is too late.

KEYWORDS: esophageal neoplasms, adenocarcinoma, esophagectomy.

resumo

O câncer de esôfago é o oitavo tumor maligno mais comum no mundo. Na maioria dos pacientes com o diagnóstico de tumor é realizada em fases avançadas com elevada mortalidade. Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino de 57 anos que permanece assintomático, e verificação de endoscopia digestiva foi encontrada lesão ulcerada de 2 cm na junção gastroesofágica, a biópsia é positiva para malignidade (adenocarcinoma) para o qual paciente é encaminhado a cirurgia oncológica para esofagectomia. O procedimento realizado é Ivor Lewis (laparotomia + toracotomia direita), e é complementada por ascenso gástrico para anastomose esofagogástrica, cirurgia sem complicações. O silencioso e agressiva da doença deve ser considerada em doentes idosos com fatores de risco, uma vez que não tem sintomas até que seja tarde demais.

PALABRAS-CHAVE: neoplasias esofágicas, adenocarcinoma, esofagectomia.

RECIBIDO: 09/11/2015

ACEPTADO: 24/01/2017

CORRESPONDENCIA: jhon_934@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer esofágico es un tumor poco frecuente con pronóstico desfavorable. Su incidencia es de 6,6/100.000 habitantes al año en Estados Unidos.¹ Los tipos histológicos más frecuentes son: carcinoma epidermoide y adenocarcinoma, el segundo está en aumento especialmente en Occidente.² Los factores de riesgo son: fumar, obesidad, ingesta de nitratos y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), especialmente para el adenocarcinoma.³ La primera resección satisfactoria del cáncer esofágico con reconstrucción gástrica fue realizada por Ohsawa, un cirujano japonés en Kyoto en 1933; en 1946 Lewis describe la resección esofágica usando doble abordaje (toracotomía derecha y laparotomía).⁴

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 57 años de edad, sin antecedentes de importancia, que en mayo de 2016, en chequeo de rutina se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciando lesión ulcerada, infiltrativa, circunferencial de 20mm en la unión esofagogástrica.

Se realiza ecoendoscopia que reporta lesión homogénea intramural que involucra todas las capas de la pared T3 (Figura 1); conjuntamente se realiza tomografía evidenciando engrosamiento a nivel de la unión gastroesofágica, sin metástasis (T3M0), el estudio histopatológico de biopsia endoscópica reportó adenocarcinoma tubular ulcerado por lo que acude al hospital Metropolitano de Quito para resolución quirúrgica. Cabe destacar que el paciente niega sintomatología; por tanto es un hallazgo incidental.

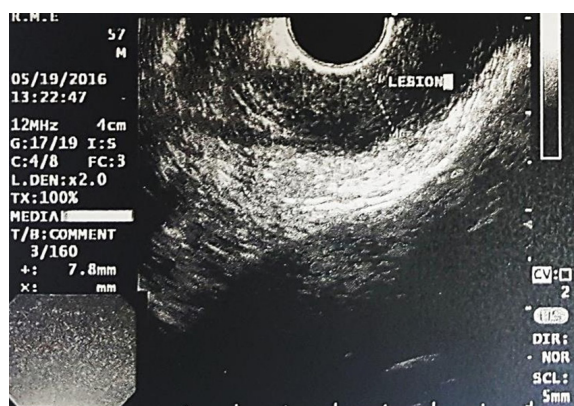


Figura 1. Ecoendoscopia que revela lesión tumoral en toda la pared esofágica.

En los exámenes de laboratorio, la biometría y química sanguínea se encuentran en parámetros normales, resalta la elevación de Alfa-fetoproteína: 8.33 ng/ml (normal <7 ng/

ml) y antígeno carcinoembrionario: 13.25 ng/ml (normal <4.7 ng/ml). La cirugía realizada fue: procedimiento de Ivor Lewis, observándose lesión en unión esofagogástrica de 3 x 2 cm, no ascitis ni carcinomatosis. Se inició con ligadura de vasos gástricos derechos e izquierdos y los vasos gastroepiploicos izquierdos, respetando la arteria gastroepiploica derecha, que es la que irriga el tubo gástrico. (Figura 2).



Figura 2. Tubo gástrico irrigado por arteria gastroepiploica derecha.

A continuación se realizó toracotomía antero-lateral derecha en quinto espacio intercostal, se diseca esófago distal y se realiza sección e individualización del mismo (Figuras 3 y 4).

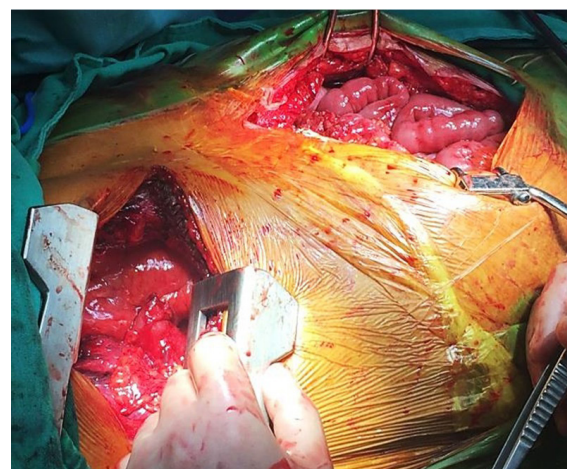


Figura 3. Toracotomía y laparotomía realizadas conjuntamente.

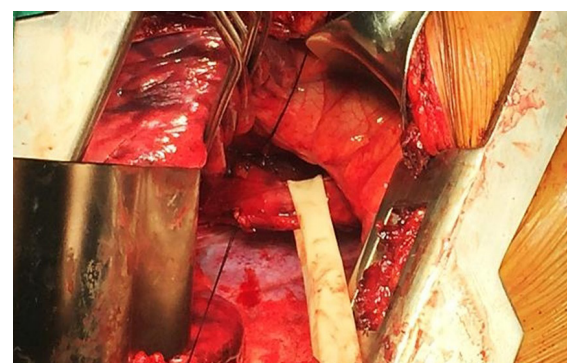


Figura 4. Toracotomía derecha: disección de esófago y retracción con drenaje de penrose.

A continuación se realizó el ascenso gástrico, previa maniobra de Kocher y anastomosis término terminal gastroesofágica con EEA (End to End Anastomosis) N.- 28 mm, se colocan drenajes y se cierran heridas (Figura 5); cirugía sin complicaciones.

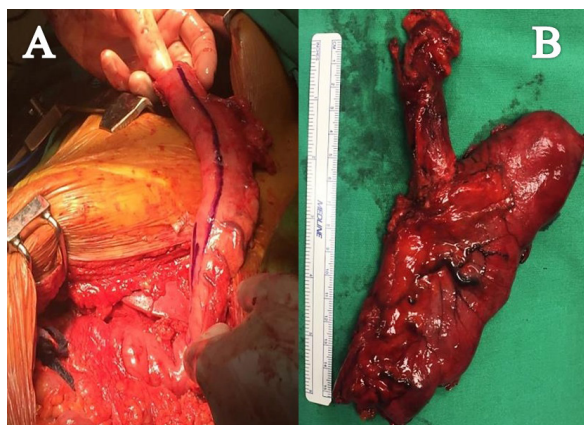


Figura 5. A: ascenso gástrico previa maniobra de Kocher, B: muestra para histopatología.

Paciente permanece hospitalizado por siete días, con evolución favorable y fue dado de alta en condición estable, previamente retirado el tubo torácico y el drenaje de laparotomía, con leve dolor a nivel de toracotomía, sin complicaciones posquirúrgicas inmediatas.

El resultado de patología fue un tumor exofítico de 35 mm que obstruye el 30 % de la luz; adenocarcinoma tipo intestinal bien diferenciado G1, todos los márgenes están libres de carcinoma.

El cáncer esofágico es la octava causa de cáncer en el mundo entero, y es la sexta causa de muerte por cáncer.⁴ Es más común en Asia en el llamado "Cinturón del cáncer esofágico", que se extiende desde Turquía hasta Irán y Afganistán, y desde la Unión Soviética a la India y China.⁵ En Europa la incidencia es de 4,5 casos/100.000 habitantes por año, y su mortalidad es de 3,5/100.000 habitantes al año;⁶ y en Estados Unidos su incidencia es de 6,6/100.000 habitantes por año y la mortalidad de 6,1/100.000 habitantes al año.¹

Factores de riesgo: obesidad, fumar, ERGE, y el esófago de Barret. En este último el riesgo es de 0,005 por año, o sea 1 de 200 desarrolla cáncer. El riesgo relativo es de 30 a 125 veces más que el de la población general.⁷ La literatura reporta que la infección por H. Pylori y el consumo de fibra están asociados con la disminución de este cáncer, especialmente las cepas Cag. A del H. pylori son las más protectoras contra esta entidad.⁸

En 1987, Siewert et al publicó una clasificación para estas neoplasias adoptada universalmente, teniendo como epicentro en la línea z anatómica (Figura 6).⁹

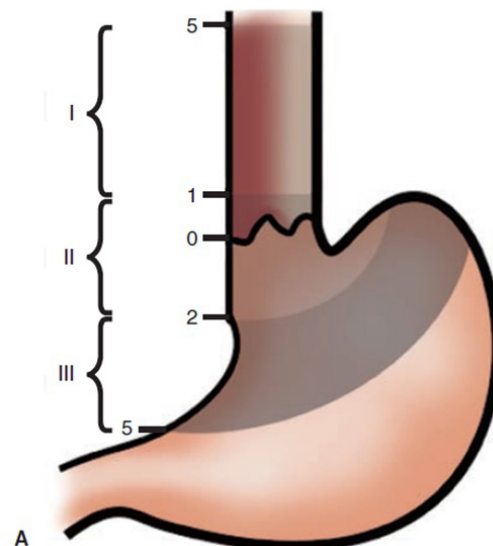


Figura 6. Clasificación del adenocarcinoma en la unión esofagogástrica, Siewert (1987).¹⁰

- Tipo I: neoplasia que se encuentra de 5 cm a 1 cm proximal al cardias.
- Tipo II: neoplasia que se encuentra de 1 cm proximal a 2 cm distal del cardias.
- Tipo III: adenocarcinoma que se encuentra entre 2 y 5 cm distales al cardias.¹¹

La endoscopia acompañada de biopsia es el diagnóstico de elección; la estadificación se realiza con ayuda de tomografía y Pet Scan. Si el paciente es candidato a cirugía, debe realizarse ecoendoscopia para determinar la extensión.¹²

La esofagectomía debe ser considerada en pacientes físicamente aptos, con tumoración resecable, localizados distalmente 5 cm del músculo cricofaríngeo. El tipo de abordaje depende del tamaño, sitio, estadio, y de la experiencia del cirujano. Cánceres localizados menos de 5 cm del cricofaríngeo se deben tratar con quimiorradioterapia.¹³

La cirugía es la única opción curativa, con una morbilidad del 30 %-68 % y mortalidad del 0.3% - 7.2 %. Aunque solamente el 30 % de pacientes diagnosticados son candidatos para cirugía curativa, con sobrevida de 25-35 % en 5 años.¹⁴ La cirugía radical asociada a disección linfática en tres campos, muestra mejores resultados.¹⁵

OPCIONES QUIRÚRGICAS

Entre las opciones quirúrgicas se incluyen: esofagectomía transhiatal de Orringer (laparotomía con cervicotomía izquierda), esofagectomía de Sweet (toracotomía izquierda en el séptimo espacio intercostal), esofagectomía de Ivor Lewis (toracotomía derecha con laparotomía); o triple acceso de McKeown (laparotomía con toracotomía derecha y cervicotomía).¹⁶ Actualmente se está preconizando la esofagectomía por vía mínima invasiva, reduciendo el tamaño de las heridas, complicaciones cardiopulmonares; sin reducir la extensión de la linfadenectomía y con excelentes resultados.¹⁷

El procedimiento de Ivor Lewis es el más común, se realiza laparotomía formando un tubo gástrico irrigado por la arteria gastroepiploica derecha, se acompaña de toracotomía derecha en el quinto espacio intercostal para movilización de esófago torácico y linfadenectomía mediastínica, se realiza el ascenso gástrico, y anastomosis intratorácica, con márgenes de 8 cm proximal y 5 cm distal hacia estómago. Este enfoque proporciona la exposición óptima del esófago y sus ganglios.¹⁸

De acuerdo a la clasificación de Siewert, se recomienda que en el tipo I se realice esofagectomía por toracotomía en bloque con disección de ganglios linfáticos con doble abordaje; en caso de función pulmonar alterada considerar transhiatal. En los tipo II y III se debe realizar esofagectomía con gastrectomía proximal o total más linfadenectomía, siempre considerar quimiorradioterapia.^{16,19}

El pronóstico es pobre debido a lo tardío de su diagnóstico, que se realiza cuando produce disfagia (avanzado) y en la mayoría de los casos con metástasis.²⁰

En conclusión, se presenta un paciente masculino de 57 años, que en endoscopia digestiva de control encuentran lesión ulcerada de 2 cm en unión esofagagástrica (adenocarcinoma), por lo cual es referido para procedimiento de Ivor Lewis. El conocimiento de esta patología silente se debe poner en práctica en pacientes con factores de riesgos, ya que no presenta síntomas hasta que el tumor se encuentra en estadios avanzados y es demasiado tarde.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stahl M, Kataja V, Oliveira J. Minimal Clinical Recommendations for Diagnosis, Treatment and Follow Up of Esophageal Cancer. *Annals of Oncology*. 2005; 16:26-27.
2. Parkin D.M., Laara E, Muir CS. Estimates of the world-wide frequency of sixteen major cancers in 1980. *Int J Cancer*. 1988;41:184.
3. Buas M.F., Vaughan TL. Epidemiology and risk factors for gastroesophageal junction tumors: Understanding the rising incidence of this disease. *Semin Radiat Oncol*. 2013; 23(1):3-9.
4. Schuchert M, Luketich J, Landreneau R. Management of Esophageal Cancer, *Curr Probl Surg*, November 2010;47:845-946,doi:10.1067/j.cpsurg.2010.07.002.
5. Zinner M, Ashler S. Maingot's Abdominal Operations, 12th Edition, e McGraw-Hill Companies, ISBN: 978-0-07-163987-3, 2013, Chapter III, Esophagus, pág. 355.
6. Hermida Pérez J.A, Bermejo Hernández A, Sobenes Gutiérrez R, Arroyo Díaz R. Carcinoma epidermoide de esófago, estenosante, estadio IV, en mujer de 41 años. Descripción de un caso clínico, *Semergen*, 2012; 38(1):44-48. doi:10.1016/j.semereg.2011.06.005.
7. Sierra F. Incidencia de adenocarcinoma en esófago de Barret, Fundación Santa Fe de Bogotá, 11 años de seguimiento, *Rev. Col. Gastroenterol*. 2008; 23 (1): 14-25.
8. Rodríguez R, Díaz I, Flores A, Donado F. Neoplasias de la unión esofagagástrica, presentación de tres casos, *Rev Col Gastroenterol* 2015; 30 (2), 219-224.
9. Mönig S, Hölscher A.H. Clinical classification system of adenocarcinoma of the esophagogastric junction. *Recent Results Cancer Res*. 2010; 182:19-28.
10. Zinner M, Ashler S. Maingot's Abdominal Operations, 12th Edition, e McGraw-Hill Companies, ISBN: 978-0-07-163987-3, 2013, Chapter III, Esophagus, pág. 362.
11. Ajani J., Barthel J., Bontrem D., D'Amico T., Das P., Denlinger C. Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, *Clinical Practice Guidelines in Oncology*, Journal of the National Comprehensive Cancer Network, Volume 9 Number 8, August 2011; 9:830-887.
12. Varghese T., Hofstetter W., Rizk N., et al. The Society of oracic Surgeons Guidelines on the Diagnosis and Staging of Patients With Esophageal Cancer, University of Washington, *Ann orac Surg* 2013;96:346-56.
13. Ajani J, Amico T, Almhanna K, et al. Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, *National Comprehensive Cancer Network, Clinical Practice Guidelines in Oncology*, Version 1. 2016.
14. Hsu P.K, Wu Y.C, Chou T.Y, et al. Comparison of the 6th and 7th editions of the American Joint Committee on Cancer tumor-node-metastasis staging system in patients with resected esophageal carcinoma. 2010; 89(4):1024-31.
15. Butte J, Becker F, Visscher A, et al. Cáncer de la unión gastroesofágica. Evaluación de los resultados quirúrgicos,

- sobrevida alejada y factores pronósticos en enfermos con terapia resectiva, *Rev Med Chile* 2010; 138: 53-60.
16. Cameron J, Cameron A. *Current Surgical erapy*, 11th edition, Elsevier Saunders, 2014, ISBN: 978-1- 4557-4007-9, pág. 50.
 17. Law S, Chir M, Wong J. *The Current Management of Esophageal Cancer*, University of Hong Kong, China, *Advances in Surgery* 2007; 41: 93-119.
 18. Mulligan Ch. *Multidisciplinary Management of Esophageal Cancer*, *Surg Oncol Clin N Am* 2013; 22:217-246, <http://dx.doi.org/10.1016/j.soc.2012.12.006>.
 19. Pardo C, Cendales R. *Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia, 2002-2006*. 1° ed, Bogotá. D.C. Instituto Nacional de Cancerología, 2010; 1:143.
 20. Seitz J-F, Dahan L, Jacob J, et al. *Esophagus Cancer, French Guidelines*, Masson, Paris, *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:2S5-2S15.